Formulario para notificar caso de leptospirosis

Formulario aprobado
OMB 0920-0728
Fecha de vencimiento: 31/1/2019

Visite www.cdc.gov/leptospirosis para obtener una versión de este formulario, en formato PDF, que se puede completar

Oculte el nombre y la dirección del paciente antes de enviar una copia del formulario a los CDC.

Envíe el formulario completado por fax al (404) 929-1590, por correo electrónico cifrado (*encrypted*) a bspb@cdc.gov, mediante un protocolo FTP seguro, o a CDC / Bacterial Special Pathogens Branch, 1600 Clifton Road NE, MS-A30, Atlanta, GA 30329-4027. Llame al (404) 639-1711 o envíe un mensaje electrónico a bspb@cdc.gov si tiene preguntas sobre un caso, las pruebas de laboratorio o el envío del formulario.

Nombre del paciente: _____ Fecha de primera notificación: _____ Nombre del médico: _____

Dirección: _____ ID de caso estatal: _____ Teléfono del médico: _____

Ciudad: _____ Estado que notifica el caso: _____

Datos demográficos

Estado de residencia _____

Código postal _____

Municipio de residencia habitual _____

Sexo
☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Desconocido

Embarazada
☐ Sí ☐ No
☐ No se sabe

Fecha de nacimiento _____

Edad _____
☐ días
☐ meses
☐ años

Raza
☐ Nativa de Alaska o indoamericana
☐ Asiática
☐ Negra/afroamericana
☐ Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
☐ Blanca
☐ No especificada

Grupo étnico
☐ Hispano o latino
☐ No hispano o latino
☐ No se sabe

Cuadro clínico

¿Tenía síntomas el paciente? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe Si la respuesta es sí, fecha de aparición de los síntomas _____

Seleccione todas las manifestaciones clínicas que el paciente presentó:

☐ Fiebre
☐ Mialgia
☐ Dolor de cabeza
☐ Sufusión conjuntival
☐ Trombocitopenia
☐ Meningitis aséptica
☐ Ictericia
☐ Hepatitis
☐ Hemorragia
☐ Complicaciones pulmonares
☐ Afectación cardiaca
☐ Insuficiencia renal
☐ Afectación gastrointestinal
☐ Sarpullido (petequial o maculopapular)
☐ Otra (especifique): _____

Resultado

¿Fue hospitalizado el paciente?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

Si la respuesta es sí, fecha de ingreso _____

Cantidad de días hospitalizado _____

¿Se administró un tratamiento antibiótico para esta infección?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

Si la respuesta es sí, fecha de inicio _____

¿Qué medicamentos (seleccione todos los que correspondan)? ☐ Doxiciclina ☐ Penicilina ☐ Otro, especifique: _____

Resultado clínico: ☐ Continúa hospitalizado ☐ Fue dado de alta ☐ Falleció ☐ Otro

Fecha de alta _____ Fecha de fallecimiento _____ Duración de la enfermedad (días) _____

Resultados de laboratorio

Cultivo	Tipo de muestra ☐ Sangre ☐ LCR ☐ Otro _____ ☐ Orina ☐ Tejido ☐ No se sabe	Fecha de toma de muestra _____	Resultado ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No se sabe
PCR (RCP)	Tipo de muestra ☐ Sangre ☐ LCR ☐ Otro _____ ☐ Orina ☐ Tejido ☐ No se sabe	Fecha de toma de muestra _____	Resultado ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No se sabe
PCR (RCP)	Tipo de muestra ☐ Sangre ☐ LCR ☐ Otro _____ ☐ Orina ☐ Tejido ☐ No se sabe	Fecha de toma de muestra _____	Resultado ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No se sabe
MAT (TAM)	Agudo Fecha de recolección _____ Valor más alto _____	Convaleciente (≥ 2 semanas más tarde) Fecha de recolección _____ Valor más alto _____	☐ Cuadruplicación en el valor ☐ Valor único ≥ 800
Otra prueba	☐ ELISA ☐ Inmunohistoquímica (IHC [IHQ]) ☐ Prueba de flujo lateral ☐ Otra (especifique): _____		Resultado ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No se sabe ☐ Inconcluso
Si se hizo ELISA, seleccione el tipo	☐ IgM ☐ IgG ☐ IgG e IgM ☐ ImmunoDot (IgM) ☐ No corresponde		Valor*_____ *Si corresponde

Serotipo de Leptospira^ _____ ^Identificado mediante PFGE, MLST u otro método de tipificación molecular

Se estima que la carga pública de la recolección de esta información promedia los 15 minutos por respuesta; esto incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que contenga un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sus sugerencias para reducir este tiempo, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30329-4027; ATTN: PRA (0920-0728).

Formulario aprobado
OMB 0920-0728
Fecha de vencimiento: 31/1/2019

Formulario para notificar caso de leptospirosis

Visite www.cdc.gov/leptospirosis para obtener una versión de este formulario, en formato PDF, que se puede completar

Exposiciones en los 30 días previos a la aparición de la enfermedad; especifique si el paciente tuvo:

Contacto con animales *(seleccione todos los que correspondan)*

☐ Ganado en una finca ☐ Animales silvestres ☐ Roedores ☐ Perros ☐ Otros ☐ Ningún contacto conocido ☐ No se sabe

Especifique el animal: _____

¿Dónde ocurrió el contacto con el animal (p. ej., en casa)? _____

Contacto con agua *(seleccione todas las que correspondan)*

☐ Deposito de agua dulce *(p. ej., lago, laguna)* ☐ Río/arroyo ☐ Tierra mojada ☐ Aguas residuales ☐ Otra

☐ Agua de inundación, agua de lluvia que corre en el suelo (escorrentía) ☐ Ningún contacto conocido ☐ No se sabe

Especifique el tipo de agua: _____

¿Dónde ocurrió el contacto con el agua *(especifique el lugar?)* _____

Si el paciente tuvo contacto con animales o agua, seleccione el tipo de contacto:

☐ Ocupacional ☐ Agricultor ☐ Ganadero ☐ Trabajador sector pesquero ☐ No se sabe

☐ Otro *(Si la respuesta es "otro", especifique:)* _____

☐ No ocupacional ☐ Jardinería ☐ Dueño de mascota ☐ No se sabe

☐ Otro *(Si la respuesta es "otro", especifique:)* _____

☐ Recreacional ☐ Natación ☐ Navegación ☐ Competencia al aire libre ☐ Campamento/senderismo ☐ Cacería ☐ No se sabe

☐ Otro *(Si la respuesta es "otro", especifique:)* _____

☐ Otro *(especifique):* _____

En los 30 días previos a la aparición de la enfermedad,

¿Se quedó el paciente en una casa con evidencia de roedores?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

¿Se quedó el paciente en un área rural?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

¿Viajó el paciente fuera del condado, estado o país?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

Destino(s) del viaje _____

¿Hubo lluvias torrenciales cerca del lugar de residencia o de trabajo del paciente, cerca de donde realizó actividades o del lugar al que viajó?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

¿Hubo inundaciones cerca del lugar de residencia o de trabajo del paciente, cerca de donde realizó actividades o del lugar al que viajó?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

¿Tuvo el paciente exposiciones similares a las que tuvo un contacto al que se le diagnosticó leptospirosis en el periodo de 30 días?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

¿Tuvo el paciente leptospirosis alguna vez?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

¿Es el paciente parte de un brote?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

Si la respuesta es sí, describa el brote _____

Clasifique el caso según la definición de caso del CSTE/CDC *(vea los criterios a continuación)*

☐ Confirmado ☐ Probable

Nombre del investigador _____ Número de teléfono _____

Comentarios _____

Confirmado: Aislamiento de *Leptospira* de una muestra clínica, **O** aumento cuádruple o mayor en el valor de aglutinación de *Leptospira* entre muestras de suero de la fase aguda y de la fase convaleciente, estudiadas en el mismo laboratorio, **O** confirmación de *Leptospira* en tejido mediante inmunofluorescencia directa, **O** valor de aglutinación de *Leptospira* de ≥ 800 mediante la técnica de aglutinación microscópica (MAT) en una o más muestras de suero, **O** detección de ADN de *Leptospira* patógena (p. ej., mediante PCR) en una muestra clínica.

Probable: Caso clínicamente compatible con implicación en un evento en el que haya habido exposición (p. ej., carrera de aventura, triatlón, inundación) con casos asociados conocidos, **O** valor de aglutinamiento de *Leptospira* de ≥ 200, pero < 800 mediante la técnica de aglutinación microscópica (MAT) en una o más muestras de suero, **O** confirmación de anticuerpos anti-*Leptospira* en una muestra clínica mediante inmunofluorescencia indirecta, **O** confirmación de *Leptospira* en una muestra clínica mediante microscopía de campo oscuro, **O** detección de anticuerpos de IgM contra *Leptospira* en una muestra de suero de la fase aguda, pero sin resultados de laboratorio confirmatorios de infección por *Leptospira*.